

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И.

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42, УлГУ, e-mail: charyshkin@yandex.ru

Проведено исследование по улучшению результатов хирургического лечения больных острым холециститом с использованием разработанного способа минилапаротомии. В работе представлены результаты обследования и лечения 115 больных острым холециститом, лечившихся в хирургических отделениях ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи г. Ульяновска, хирургическом отделении ЦРБ р.п. Новоспасское с 2002-2013 гг. Средний возраст составил $57,2 \pm 12,4$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа доступа для холецистэктомии. Разработанный способ минилапаротомии при выполнении холецистэктомии и вмешательств на протоках позволяет в среднем сократить в 2,8 раза количество интраоперационных осложнений, снизить осложнения воспалительного характера со стороны послеоперационной раны в 3,7 раза, уменьшает риск возникновения послеоперационного панкреатита, в отдаленном периоде обеспечивает профилактику возникновения послеоперационных вентральных грыж.

Ключевые слова: острый холецистит, минилапаротомия.

COMPARATIVE RESULTS OF APPLICATION OF THE MINILAPAROTOMY AT PATIENTS WITH SHARP CHOLECYSTITIS

Charyshkin A.L., Bikbaeva K.I.

Ulyanovsk State University, 432970 Ulyanovsk, L.Tolstoy's street, 42, ULSU, e-mail: charyshkin@yandex.ru

Research on improvement of results of surgical treatment of patients by sharp cholecystitis with use of the developed way of a minilaparotomy is conducted. In work results of inspection and treatment of 115 patients by the sharp cholecystitis treated in surgical offices Ulyanovsky Public Healthcare Institution the regional clinical center of specialized types of medical care of Ulyanovsk, surgical office of CRB of genitive of Novospasskoye since 2002-2013 are presented. Middle age made $57,2 \pm 12,4$ years. Patients were divided into 2 groups depending on a way of access for a holetsistektomiya. The developed way of a minilaparotomy when performing a holetsistektomiya and interventions on the channels allows to reduce on the average by 2,8 times number of intraoperative complications, to lower complications of inflammatory character from outside postoperative wounds by 3,7 times, reduces risk of emergence of postoperative pancreatitis, in the remote period the ventral of hernias provides prevention of emergence postoperative.

Keywords: sharp cholecystitis, minilaparotomy.

Введение

Острый холецистит возникает у 24-26% больных хроническим калькулезным холециститом, а холедохолитиаз наблюдается у 18-25% больных с калькулезным холециститом [1, 2, 10].

В современной хирургии оперативные методы лечения больных осложненным холециститом совершенствуются, предпочтение отдается малоинвазивным вмешательствам, которые дополняются новыми способами устранения патологии желчевыводящих путей [3, 4, 5, 10].

У больных с осложненным острым холециститом, альтернативой видеолапароскопии является минилапаротомия. При выполнении минилапаротомии холецистэктомии у больных с такими осложнениями, как холедохолитиаз, синдром Мириizzi, склероатрофическом

желчном пузыре, холецистодигестивных свищах, возникают значительные технические сложности, которые требуют проведения конверсии и применения открытого оперативного лечения [6, 7, 8, 9].

Таким образом, существует неудовлетворенность результатами оперативного лечения больных осложненным холециститом, что требует совершенствования.

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов малоинвазивного хирургического лечения больных острым холециститом путем совершенствования способа минилапаротомии.

Материал и методы исследования

В работе представлены результаты обследования и лечения 115 больных острым холециститом, лечившихся в хирургических отделениях ГУЗ Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи г. Ульяновска, хирургическом отделении ЦРБ р.п. Новоспасское с 2002-2013 гг.

Мужчин – 30 (26,1%) человек, женщин – 85 (73,9%). Около половины больных – трудоспособного возраста. Пожилого и старческого (старше 60 лет) – 49 (42,6%), моложе 60 лет 66 (57,4%) человек.

Средний возраст составил $57,2 \pm 12,4$ лет. Средний возраст мужчин был равен $59,5 \pm 8,2$ годам, у женщин – $54,3 \pm 9,5$.

Для решения поставленных задач были использованы клиничко-лабораторные, рентгенологический, эндоскопический, видеоэндоскопический, УЗИ, гистологический методы исследования.

В лабораторных исследованиях определяли общий анализ крови, биохимию крови, диастазу мочи. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) определяли по формуле В.К. Островского.

Оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких аппаратом полинаркоп.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа доступа для холецистэктомии. 1 группа – 80 больных, оперированных традиционным методом минилапаротомии, холецистэктомия, по показаниям холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости. 2 группа – 35 больных, оперированных предложенным способом минилапаротомии (Способ минидоступа к желчному пузырю и внепеченочным желчным протокам. Заявка на изобретение № 2013102832. Авторы: Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И., разработано на кафедре факультетской хирургии Ульяновского государственного университета) холецистэктомия, по показаниям

холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости.

Способ осуществляют следующим образом (рис. 1). В правом подреберье продольно рассекают кожу, подкожную клетчатку (поз. 2) ниже края реберной дуги 1 на 2-3 см, латеральнее средней линии на 2-3 см, длиной до 5 см, а передний листок апоневроза прямой мышцы живота продольно рассекают соответственно длине продольного разреза кожи (поз. 2). В верхнем углу раны разрез переднего листка апоневроза отклоняют вправо (поз. 3) под углом 45 градусов, длиной до 3 см, затем в нижнем углу раны разрез переднего листка апоневроза отклоняют влево (поз. 4) под углом 45 градусов, длиной до 3 см. Мышечные волокна правой прямой мышцы живота тупо расслаивают вдоль волокон и обнажают задний листок апоневроза прямой мышцы. Задний листок апоневроза прямой мышцы вместе с брюшиной захватывают и рассекают продольно соответственно длине продольного разреза кожи (поз. 2), затем в верхнем углу раны разрез заднего листка апоневроза отклоняют вправо (поз.3) под углом 45 градусов длиной до 3 см. Затем в нижнем углу раны разрез заднего листка апоневроза отклоняют влево (поз. 4) под углом 45 градусов, длиной до 3 см. Все это обеспечивает адекватную доступность шейки желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

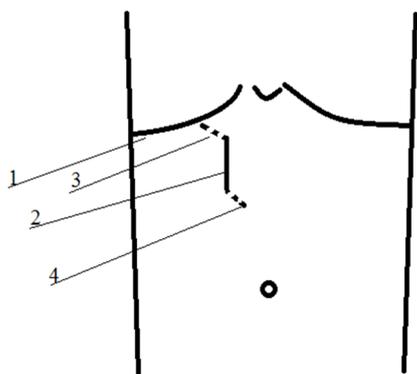


Рисунок 1. Способ минилапаротомии. 1 – реберная дуга; 2 – продольный разрез кожи, подкожной клетчатки, переднего и заднего листка апоневроза прямой мышцы; 3 – в верхнем углу раны разрез апоневроза отклонен вправо под углом 45 градусов; 4 – в нижнем углу раны разрез апоневроза отклонен влево под углом 45 градусов.

Доступ минилапаротомия в обеих группах осуществляли с помощью универсального рамочного ранорасширителя, разработан А.Л. Чарышкиным (пат. на полезную модель № 35704. Универсальный рамочный ранорасширитель).

Все больные давали информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство и проводимое в послеоперационном периоде лечение.

Для оценки предложенного способа минилапаротомии во время операции в обеих группах мы измеряли площадь зоны доступности, которая представляет собой воображаемый эллипс, линии которого проведены через нижние края лопаток ретракторов при максимальном расширении операционной раны. Площадь зоны доступности вычисляли по формуле $S = \pi ab$, где S – площадь эллипса, a – длина большей полуоси эллипса, b – длина меньшей полуоси эллипса, $\pi = 3.14$.

Для статистической оценки достоверности разницы показателей использовался t- тест Стьюдента, при этом достоверными считались результаты с $p \leq 0,05$.

Для статистической обработки результатов использовалась программа Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Результаты измерений площади зоны доступности в обеих группах показали следующие результаты, в первой группе площадь доступности – S_1 составила $15,3 \pm 1,2$ см², во второй группе S_2 – $18,6 \pm 1,4$ см² ($p < 0,05$), что в среднем на 3,3 см² больше, следовательно, предложенный минидоступ обеспечивает наибольшую свободу оперирования в зоне доступности.

Анализ длительности выполнения минилапаротомии, холецистэктомии в обеих группах показал, время операций в первой группе составило $51,6 \pm 13,3$ минуты, а во второй группе – $41,2 \pm 10,2$ минут, что в среднем на 10 минут быстрее, чем в первой группе ($p < 0,05$).

Таблица 1

Длительность выполнения этапов операций (в минутах)

№ группы	Длительность выполнения этапов операций (в минутах)	
	Доступ, создание экспозиции операционного поля	Мобилизация и удаление (пересечение) анатомических структур
1 группа n-80	$23,9 \pm 5,4$	$27,4 \pm 4,2$
2 группа n-35	$22,2 \pm 4,8$	$19,3 \pm 4,1^*$

Примечание. * – межгрупповые различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При сравнении длительности выполнения этапов операций (таблица 1) выявлено, по продолжительности создания доступа, экспозиции операционного поля достоверных отличий в обеих группах нет, а мобилизация, удаление (пересечение) анатомических структур во второй группе выполняется быстрее, чем в первой группе в среднем на 8 минут ($p < 0,05$).

Частота конверсий на лапаротомию в 1 группе составила 8,7%, во второй группе конверсий не было.

Таким образом, предложенный способ минилапаротомии у пациентов с острым холециститом способствует снижению длительности выполнения оперативных

вмешательств за счет сокращения второго этапа операции мобилизации, удаления (пересечение) анатомических структур.

Таблица 2

Характер интраоперационных осложнений

№ группы	Характер интраоперационных осложнений			
	Кровотечение из пузырной артерии	Кровотечение из ложа желчного пузыря	Повреждение холедоха	Желчеистечение
1 группа n-80	3 (3,8%)	10 (12,5%)	2 (2,5%)	4 (5%)
2 группа n-35	1 (2,8%)	2 (5,7%)	-	-

В первой группе больных при выполнении традиционной минилапаротомии, холецистэктомии во время операции кровотечение возникло у 13(16,3%) пациентов, из них у 3 (3,8%) из пузырной артерии, у 10 (12,5%) из ложа желчного пузыря, у всех больных кровотечение было остановлено (таблица 2). Во второй группе при выполнении минилапаротомии по предложенному способу кровотечение возникло у 3(8,5%) пациентов, из них у 1 (2,8%) из пузырной артерии, у 2 (2,8%) из ложа желчного пузыря, у всех больных кровотечение было остановлено. Краевое повреждение холедоха наблюдали только в первой группе больных после традиционной минилапаротомии холецистэктомии у 2 (2,5%) пациентов, операции закончены наружным дренированием холедоха, ушиванием раны холедоха. Желчеистечение из ложа желчного пузыря также встречалось только в первой группе у 4 (5%) пациентов (таблица 2). Во второй группе больных после минилапаротомии по предложенному способу данных осложнений не было.

Сравнительные результаты по длительности заживления послеоперационной раны показали, что при традиционной минилапаротомии у больных с острым холециститом рана заживает полностью на $7,4 \pm 0,3$ сутки, а во второй группе – на $6,1 \pm 0,2$ сутки, что достоверно на 1 сутки быстрее сокращает сроки заживления ($p < 0,05$).

Таблица 3

Характер ранних послеоперационных осложнений

№ группы	Характер ранних послеоперационных осложнений			
	Серома или нагноение послеоперационной раны	Острый панкреатит	Желчеистечение	Пневмония
1 группа n-80	9 (11,3%)	4 (5%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)
2 группа n-35	2 (5,7%)	-	-	-

В первой группе больных всего послеоперационных осложнений было у 17 (21,3%) больных, а во второй группе – у 2 (5,7%), что в 3,7 раза меньше (таблица 3).

Среди всех послеоперационных осложнений чаще встречались осложнения воспалительного характера со стороны послеоперационной раны – 9 больных (11,3%) в первой группе, 2 (5,7%) во второй группе (таблица 3). Уменьшение количества гнойно-воспалительных осложнений послеоперационной раны во второй группе, мы связываем в снижении давления ретракторов на кожу, подкожножировую клетчатку, мышечный слой, аноневроз передней брюшной стенки в области операционной раны, что снижает ишемию тканей.

В первой группе больных длительность госпитализации и временной нетрудоспособности при традиционной минилапаротомии холецистэктомии составили $10,4 \pm 0,4$ и $27,6 \pm 1,1$ суток соответственно, а во второй группе больных, оперированных предложенным способом минилапаротомии, $9,1 \pm 0,2$ и $20,3 \pm 1,5$ суток соответственно, что на 1 и 7 суток соответственно меньше, чем в первой группе ($p < 0,05$).

Сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде во всех группах больных составили от одного года до трех лет и прослежены у 115 (100 %) пациентов.

У больных в первой группе при использовании традиционной минилапаротомии в отдаленном периоде выявлены следующие осложнения, связанные с проведением операции: холедохолитиаз – у 5 (6,25%) больных, послеоперационная вентральная грыжа – у 6 (7,5 %) пациентов.

Во второй группе больных, которым холецистэктомия проводилась разработанным способом минилапаротомии, в отдаленном периоде выявлено: холедохолитиаз – у 1 (2,8%) больного, послеоперационных вентральных грыж не наблюдали.

Таким образом, разработанный способ минилапаротомии при выполнении холецистэктомии и вмешательств на желчевыводящих протоках позволяет в среднем сократить в 2,8 раза количество интраоперационных осложнений, снизить количество осложнений воспалительного характера со стороны послеоперационной раны в 3,7 раза, уменьшает риск возникновения послеоперационного панкреатита, желчеистечения, в отдаленном периоде обеспечивает профилактику возникновения послеоперационных вентральных грыж.

Выводы

1. Предложенный способ минилапаротомии при выполнении холецистэктомии увеличивает зону доступности на $3,3 \text{ см}^2$, что обеспечивает большую свободу оперирования в сравнении с традиционной минилапаротомией.
2. Разработанный способ минилапаротомии при выполнении холецистэктомии и вмешательств на желчевыводящих протоках позволяет в среднем сократить в 2,8 раза

количество интраоперационных осложнений, снизить количество осложнений воспалительного характера со стороны послеоперационной раны в 3,7 раза.

3. В отдаленном послеоперационном периоде усовершенствованный способ минилапаротомии обеспечивает профилактику возникновения послеоперационных вентральных грыж.

Список литературы

1. Винник Ю. С. Опыт применения мини-доступа в лечении больных деструктивным панкреатитом./ Винник Ю. С., Черданцев Д. В., Миллер С. В., Белецкий И. И., Первова О. В., Миллер М. С.// Ратнеровские чтения: Сб. науч. тр. – Самара, 2003. – С. 23-24.
2. Евтушенко Е.Г. Малоинвазивное хирургическое лечение острого холецистита с наличием большого кармана Гартмана, сращенного с желчными путями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ульяновск, 2009. – С. 21.
3. Кукош М.В. Современные технологии в лечении больных с острым холециститом/М.В. Кукош, Г.И. Гомозов, А.И. Охотин, Н.К. Разумовский // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. - № 2. – С. 202а-202.
4. Мидленко О.В. Система комплексного лечения больных осложненными формами острого холецистита: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Ульяновск, 2010. – С. 38.
5. Назаренко П.М. Хирургическая тактика у больных острым холециститом / П.М. Назаренко, Г.Ф. Лукьянчиков, Ю.В. Канищев // Современные аспекты клинической хирургии. – Тула, 2002. – С. 57-58.
6. Прудков М.И. Применение современных технологий при лечении острого калькулезного холецистита / М.И. Прудков, А.В. Столин, А.Ю. Кармацких // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – Т. 12. - № 2. – С. 109а-109.
7. Прудков М.И. Основы минимально инвазивной хирургии. – Екатеринбург, 2007 – 64 с.
8. Шулутко А.М. Сочетание лапароскопии и мини-доступов в абдоминальной хирургии/ А.М. Шулутко, А.И. Данилов, Ф.Н. Насиров // Эндоскопическая хирургия. – 1997. - № 1. – С. 17-19.
9. Чарышкин А.Л. Хирургическое лечение больных острым холециститом, с наличием механической желтухи /А.Л. Чарышкин, В.А. Бадеян // Медицинская наука и образование Урала – Тюмень.– 2011.- №1.– С. 189-191.
10. Charyshkin A.L. Cholecystectomy for large Hartmann's pouch spliced with biliary pathways / A.L. Charyshkin// International Journal of Biomedicine. – New York, USA, 2013; 3(1):27-28.

Рецензенты:

Белый Л.Е., д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии, стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.